Joachim P. Sturmberg, Bruno Kissling

Integrierte Versorgung und Managed Care aus der Sicht der Komplexität

Integrierte Versorgung und Managed Care sind die neuen Mantren, mit denen die ökonomischen Probleme in unseren Gesundheitssystemen gelöst werden sollen. Die beiden Begriffe scheinen von Gesundheitsexperten oft synonym verwendet zu werden, für ganz unterschiedliche Interventionen. In diesem Artikel analysieren wir Managed Care und Integrierte Versorgung aus Sicht der Komplexität (Complex Adaptive Systems (CAS) Sciences). Nur mit einer klaren und einheitlichen Begrifflichkeit können deren Tauglichkeit und potentielle Auswirkung auf die Qualität, Effizienz und Ökonomie der Gesundheitsversorgung bewertet werden.

Lineare Top-down-Managed Care versus komplexe Bottom-up-Integrierte Versorgung

Grundsätzlich besteht ein Spannungsfeld zwischen Versicherern und Gesundheitsversorgenden. Versicherer haben in erster Linie das Wohl ihres Versicherungskollektivs im Auge und denken «kollektiv vor individuell»; der Mensch ist für sie eine statistische Kennzahl. Umgekehrt stehen die Gesundheitsversorgenden in direkter Berührung mit hilfesuchenden Menschen und denken vorwiegend «individuell vor kollektiv». Beide Sichtweisen sind berechtigt [1]. Sie stehen sich jedoch diametral gegenüber, beurteilen Effizienz und Qualität des Gesundheitssystems unterschiedlich und führen konsequenterweise zu zwei grundverschiedenen Lösungsansätzen. *Managed Care* der Versicherer funktioniert *«top-down»*, fokussiert auf spezifische Krankheiten (disease) und fordert festgesetzte Protokolle und Budgets mit und ohne Budgetmitverantwortung der Ärzte (lineares Kontrollprinzip). *Integrierte Versorgung* ist *«bottom-up»*, ausgerichtet auf den Menschen und sein Kranksein (illness); die Behandlung erfolgt im abwägenden Einvernehmen zwischen Patient, Arzt und weiteren Betreuern (komplexes Prinzip der Selbstorganisation). Diese völlig andersartigen Lösungsansätze unter einen Hut zu bringen, kommt der «Quadratur des Kreises» gleich.

Kollektiv definierte Attraktoren steuern ein System erfolgreich

Die Dynamik eines CAS ergibt sich aus den vernetzten Interaktionen zwischen seinen Elementen. Gesteuert wird das System durch einen oder mehrere gemeinsame, von allen Elementen akzeptierte Attraktoren. Diese regulieren das gegenseitige Verhalten der Elemente innerhalb des Systems sowie die Interaktionen des Systems mit umliegenden Systemen. Jedes Element handelt nach seinen jeweiligen Möglichkeiten. So erreichen die Elemente eines CAS unter scheinbar gleichen Bedingungen unterschiedliche, aber gegenseitig akzeptierbare Lösungen. Die zu erwartenden Variabilitäten sind Zeichen der «Gesundheit» des Systems; dadurch erzielt es lokal bestmöglich adaptierte Ergebnisse. Verfolgen einzelne Elemente umgekehrt verschiedene Attraktoren, entwickeln sich Instabilitäten, die das gesamte System gefährden.

Angemessenheit und Co-Produktion – zwei Attraktoren für eine komplex-adaptive, patientenzentrierte Integrierte Versorgung

Das Gesundheitswesen ist ein CAS. Für dessen «gesunde» Steuerung gilt es also Attraktoren zu finden, die von kranken und gesunden Menschen, Gesundheitsversorgenden und Versicherern gemeinsam akzeptiert sind.

Der Attraktor der *«Angemessenheit»* zielt auf eine patientenzentrierte Betreuung, keineswegs auf finanzielle Interessen. Der Attraktor der *«Co-Produktion»* erfordert einen, noch zu wenig beachteten Einbezug unserer individuellen Erwartungen und Ansprüche im Krankheitsfall. Gesundwerden ist ein co-produktiver Prozess in Interaktion zwischen dem Patienten und allen seinen Betreuern [2,3]. Für einen qualitativ optimalen Gesundungsprozess sind nicht immer alle möglichen und verfügbaren Interventionen nötig und erwünscht. Insbesondere dann nicht, wenn potentielle Nebenwirkungen einer nur geringfügigen Verbesserung gegenüberstehen. Dabei nimmt die patientenzentrierte Beratung des Kranken einen zentralen Stellenwert ein, und führt zu signifikanten Kosteneinsparungen [4].

Angemessenheit [5] und *Co-Produktion* sind passende Attraktoren für ein komplex-adaptives, patientenzentriertes und finanzierbares Gesundheitswesens. Wir wissen: Von 1000 Menschen erleiden rund 750 eine gesundheitliche Störung, rund 250 konsultieren ihren Primärarzt, 32 einen Spezialisten, 8 müssen in ein Spital und weniger als einer in ein Universitätsspital [6,7]. Das sind überschaubare Grössen. Rund 20 Prozent der wachsenden Zahl von polymorbiden Patienten weisen einen zunehmend unüberschaubar hohen Bedarf an medizinischer und sozialer Versorgung auf. Gerade für diese ist eine patientenzentrierte *Integrierte Versorgung* in einem multidisziplinären Umfeld von besonders grosser Tragweite – für die Qualität der Betreuung des einzelnen Kranken sowie die Kosten für alle Versicherten.

Konklusion

Integrierte Versorgung – verstanden als patientenzentrierter Prozess, ausgerichtet auf die persönlichen Versorgungsbedürfnisse und -notwendigkeit, komplex-adaptiv gesteuert auf der Basis von *Angemessenheit* und *Co-Produktion* aller für die Gesundheitsversorgung Beteiligten – hat das Potential, eine patientengerechte, medizinisch verantwortliche, psychosozial unterstützende und finanziell effiziente Versorgung vor allem für chronisch Erkrankte zu bewirken. *Managed Care* mit seinen impliziten linearen Komponenten behindert eine komplexe *Integrierte Versorgung*. Sind diese Gegensätze, die gesetzlich unter einen Hut gebracht werden sollen, ein Grund für die Skepsis grosser Teile der Bevölkerung und Gesundheitsversorgenden und die Blockade in den Reformen des Krankenversicherungsgesetzes?

Literatur

1 Sturmberg JP, Martin CM. Knowing – in Medicine. J Eval Clin Pract. 2008;14(5):767–70.
2 McWhinney IR. A Textbook of Family Medicine. New York Oxford: Oxford University Press; 1989.
3 Sturmberg JP. The Foundations of Primary Care. Daring to be Different. Oxford San Francisco: Radcliffe Medical Press; 2007.
4 Hart JT. Expectations of health care: promoted, managed or shared? Health Expect. 1998;1(1):3–13.
5 Kissling B. Von Manged Care zu «Care Managing». Primary Care. 2003;3(12):199–202.
6 White K, Williams F, Greenberg B. The Ecology of Medical Care. N Engl J Med. 1961;265(18):885–92.
7 Green L, Fryer G, Yawn B, Lanier D, Dovey S. The Ecology of Medical Care Revisited. N Engl J Med. 2001;344(26):2021–5.

Korrespondenz:
Dr Joachim P. Sturmberg, A/Prof of General Practice
PO Box 3010, Wamberal, NSW 2260, Australia
jp.sturmberg@gmail.com

Bruno Kissling, Elfenauweg 6, 3006 Bern
kissling@primary-care.ch